



EDITAL DE SELEÇÃO DE PRECEPTORES E ORIENTADORES DE SERVIÇO PET-SAÚDE:CLIMA

A Secretaria Municipal de Saúde de Mauá, em parceria com a Universidade Nove de Julho – UNINOVE, torna pública a abertura do processo seletivo de **preceptores e orientadores de serviço** para participação no projeto **“Observatório Local de Saúde e Clima no SUS de Mauá: vigilância territorial, cuidado em rede, educação e comunicação em saúde”**, aprovado no âmbito da 13ª edição do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde: Clima, do Ministério da Saúde.

1. DAS VAGAS

Serão ofertadas **13 vagas**, distribuídas da seguinte forma:

Modalidade	Vagas
Preceptores	10
Orientadores de Serviço	3
Total	13

1.1. Preceptores

Serão selecionados **10 preceptores**, sendo 2 (dois) para cada Grupo de Aprendizagem Tutorial – GAT.

Os preceptores serão vinculados aos serviços da Secretaria de Saúde de Mauá e campos de atuação relacionados às atividades desenvolvidas pelo respectivo GAT.

1.2. Orientadores de Serviço

Serão selecionados **3 (três) orientadores de serviço**, distribuídos da seguinte forma:

Vaga	Eixo
1	Eixo 1 – Produção do cuidado no território e vigilância em saúde
1	Eixo 2 – Acesso à atenção especializada e integralidade do cuidado
1	Eixo 3 – Comunicação e inovação em saúde

2. DOS REQUISITOS

2.1. Para Preceptor

Poderá participar do processo seletivo para preceptor o profissional que:

I. possua graduação na área da saúde;





II. esteja vinculado a serviço do Sistema Único de Saúde – SUS, lotados especificamente nos serviços onde será desenvolvido o projeto, quais sejam UBS Magini e UBS Jardim Mauá, Coordenadoria de Vigilâncias, e Coordenadoria de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde, no município de Mauá;

III. atue em serviço da rede SUS de Mauá relacionado às atividades do projeto, incluindo Atenção Primária, Atenção Especializada, Vigilância em Saúde, Regulação e demais serviços envolvidos no projeto.

IV. tenha disponibilidade para acompanhar as atividades dos estudantes e participar das ações do respectivo Grupo de Aprendizagem Tutorial;

V. tenha disponibilidade para participar das atividades presenciais, reuniões e demais ações previstas no projeto;

VI. apresente a documentação exigida;

VII. não possua impedimento para recebimento da bolsa;

VIII. concorde com as atribuições previstas neste edital e com as normas do Programa PET-Saúde.

O Edital nº 23/2026 do Ministério da Saúde estabelece que o preceptor deve possuir graduação na área da saúde, estar vinculado aos serviços do SUS e atuar nos territórios onde o projeto será desenvolvido, participando das ações de integração ensino-serviço-comunidade.

2.2. Para Orientador de Serviço

Poderá participar do processo seletivo para orientador de serviço o trabalhador da área da saúde que:

I. possua atuação compatível com as atividades do projeto;

II. tenha disponibilidade para acompanhar as atividades relacionadas ao eixo para o qual se candidata;

III. comprove experiência ou atuação prévia em iniciativas, programas, projetos, movimentos ou entidades da sociedade civil organizada;

IV. tenha disponibilidade para articulação com tutores, preceptores, estudantes, trabalhadores do SUS, gestão e comunidade;

V. apresente a documentação exigida;

VI. não possua impedimento para recebimento da bolsa;

VII. concorde com as atribuições previstas neste edital e com as normas do Programa PET-Saúde.

3. DAS INSCRIÇÕES



As inscrições serão realizadas exclusivamente por meio de formulário eletrônico, no período de **02/09/2026 a 06/09/2026**

Link **para** **inscrição:**
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdWlcm2EqBuyqnCE6i88YfLF_BSrsFSKVkM8AOyp12qwdbUug/formResponse

O candidato deverá indicar, no ato da inscrição, a modalidade para a qual deseja concorrer:

I. Preceptor; ou

II. Orientador de Serviço.

O candidato à função de Orientador de Serviço deverá indicar também o eixo para o qual pretende concorrer:

I. Eixo 1 – Produção do cuidado no território e vigilância em saúde;

II. Eixo 2 – Acesso à atenção especializada e integralidade do cuidado; ou

III. Eixo 3 – Comunicação e inovação em saúde.

Não serão aceitas inscrições incompletas ou enviadas após o prazo estabelecido.

4. DAS AÇÕES AFIRMATIVAS

O processo seletivo observará o Plano de Ações Afirmativas do projeto PET-Saúde: Clima UNINOVE/SMS Mauá, com reserva de vagas para:

Modalidade	Percentual mínimo
Pessoas negras	30%
Pessoas indígenas	5%
Pessoas quilombolas	5%
Pessoas com deficiência	10%
Pessoas trans	5%

Os percentuais serão considerados no conjunto das bolsas vinculadas ao projeto, observando-se a composição global dos bolsistas, os requisitos específicos de cada função e a necessidade de compatibilização do perfil profissional com o GAT ou eixo de atuação.



O candidato deverá indicar uma modalidade principal de ação afirmativa para fins de classificação, sem prejuízo de declarar eventual pertencimento a outros grupos.

O candidato que optar por concorrer às vagas destinadas às ações afirmativas deverá apresentar, no ato da inscrição, a declaração ou documentação correspondente à modalidade escolhida.

Caso não existam candidatos habilitados em número suficiente para determinada modalidade, as vagas reservadas poderão ser redistribuídas inicialmente entre os demais grupos contemplados pelas ações afirmativas e, posteriormente, para a ampla concorrência.

O Plano de Ações Afirmativas aprovado para o projeto estabelece esses percentuais para as concessões de bolsas e prevê sua observância nos processos seletivos de bolsistas, inclusive nas substituições e recomposições das equipes.

5. DO PROCESSO SELETIVO

O processo seletivo será composto por duas etapas.

5.1 Etapa 1 — Análise dos requisitos obrigatórios

Etapa eliminatória destinada à verificação do atendimento aos requisitos previstos neste edital e da documentação apresentada pelo candidato.

Serão considerados, conforme a modalidade pretendida:

- formação profissional;
- vínculo com os serviços do SUS;
- compatibilidade da atuação profissional com as atividades do projeto;
- disponibilidade para participação nas atividades;
- apresentação da documentação;

O candidato que não atender aos requisitos obrigatórios será considerado não habilitado.

5.2 Etapa 2 — Análise classificatória

5.2.1 Preceptores

Os candidatos habilitados para a função de preceptor serão classificados considerando-se, sucessivamente:

I. maior tempo de atuação no Sistema Único de Saúde de Mauá;



II. maior tempo de experiência em preceptoria, supervisão de estudantes ou atividades de integração ensino-serviço-comunidade;

5.2.2 Orientadores de Serviço

Os candidatos habilitados para a função de orientador de serviço serão classificados considerando-se, sucessivamente:

I. maior tempo de experiência comprovada em iniciativas, programas, projetos, movimentos ou entidades relacionadas à equidade em saúde no contexto das emergências climáticas e ambientais ou aos determinantes socioambientais da saúde;

II. maior experiência relacionada às atividades previstas no eixo para o qual o candidato se inscreveu;

III. maior tempo de atuação no Sistema Único de Saúde – SUS.

A Comissão responsável poderá realizar entrevista, quando necessário, exclusivamente para esclarecimento das informações ou documentos apresentados pelo candidato.

6. DOS CRITÉRIOS DE DESEMPATE

Em caso de empate após a aplicação dos critérios classificatórios, será considerado como critério de desempate a **maior idade do candidato**.

7. DO RESULTADO

O resultado será comunicado aos candidatos aprovados em **08/09/2026** por meio dos contatos informados no ato da inscrição.

8. DA CONVOCAÇÃO

O candidato convocado deverá confirmar sua participação no prazo informado pela coordenação.

A ausência de confirmação no prazo estabelecido será considerada desistência, podendo ser convocado o candidato subsequente, observada a modalidade, a classificação e a necessidade de composição dos GATs e dos eixos do projeto.

9. DAS ATRIBUIÇÕES

9.1. Do Preceptor

Compete ao preceptor:

- I. orientar os estudantes integrantes do PET-Saúde no âmbito das atividades desenvolvidas no serviço de saúde ao qual esteja vinculado;
- II. exercer supervisão por núcleo profissional e por campo de prática, estimulando o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe colaborativo;
- III. acompanhar a participação dos estudantes nas atividades desenvolvidas no serviço e no território;
- IV. realizar o registro da frequência dos estudantes e encaminhar as informações ao Coordenador do Grupo de Aprendizagem Tutorial para validação;
- V. participar do planejamento, execução e avaliação das atividades do respectivo GAT;
- VI. participar das ações de integração ensino-serviço-comunidade;
- VII. colaborar na elaboração de relatórios, materiais e produtos vinculados ao projeto;
- VIII. preencher formulários e relatórios solicitados no âmbito do Programa PET-Saúde.

As atribuições de orientação dos estudantes, supervisão por núcleo profissional e campo de prática e registro da frequência estão previstas no edital ministerial.

9.2. Do Orientador de Serviço

Compete ao Orientador de Serviço:

- I. colaborar na elaboração e execução das ações e projetos desenvolvidos no âmbito do PET-Saúde;
- II. auxiliar na orientação de estudantes e profissionais de saúde;
- III. contribuir para o acompanhamento das atividades do projeto, avaliando resultados e sugerindo melhorias;
- IV. atuar na articulação entre os serviços de saúde, gestão, comunidade, tutores e preceptores;
- V. colaborar na identificação das necessidades locais e na proposição conjunta de soluções;
- VI. acompanhar as atividades, metas e produtos relacionados ao eixo ao qual estiver vinculado;
- VII. participar das atividades de integração ensino-serviço-comunidade-gestão;
- VIII. preencher formulários e relatórios solicitados no âmbito do Programa PET-Saúde.

O edital ministerial atribui ao orientador de serviço funções de colaboração na execução do projeto, orientação de estudantes e profissionais, acompanhamento das atividades e articulação com serviços e população.



10. DA BOLSA

A bolsa destinada aos participantes selecionados será paga diretamente pelo Ministério da Saúde, conforme as normas do PET-Saúde: Clima, condicionada ao cadastramento completo e correto do participante no sistema oficial, à disponibilidade orçamentária, à regularidade cadastral, à frequência e à realização das atividades previstas.

Para o recebimento da bolsa, o participante deverá possuir conta corrente individual, ativa e de sua própria titularidade, em instituição bancária aceita pelo sistema de pagamento do Ministério da Saúde, responsabilizando-se por informar corretamente e manter atualizados seus dados pessoais e bancários.

Não serão aceitas contas de terceiros, contas conjuntas sem identificação da titularidade individual, contas-salário ou contas com restrições que impeçam o crédito da bolsa.

A Secretaria Municipal de Saúde de Mauá e a UNINOVE não são responsáveis pela concessão, liberação, processamento ou pagamento da bolsa, nem por eventuais atrasos, suspensões, bloqueios ou não pagamento decorrentes de indisponibilidade orçamentária, inconsistências cadastrais, dados bancários incorretos, pendências junto aos órgãos competentes, problemas no sistema do Ministério da Saúde ou descumprimento das exigências do Programa.

O participante deverá comunicar imediatamente à coordenação qualquer alteração em seus dados pessoais, profissionais, cadastrais ou bancários que possa interferir em sua participação no projeto ou no recebimento da bolsa.

11. DO DESLIGAMENTO

O participante poderá ser desligado do projeto em caso de:

- I. desistência;
- II. perda do vínculo profissional exigido para a função;
- III. frequência insuficiente;
- IV. não realização das atividades previstas;
- V. descumprimento das atribuições da função;
- VI. apresentação de informação ou documento falso;
- VII. impedimento para recebimento da bolsa;



VIII. conduta incompatível com as atividades do projeto;

IX. descumprimento das normas do PET-Saúde.

Em caso de desligamento, poderá ser convocado candidato do cadastro-reserva, observando-se a modalidade, a ordem de classificação, o GAT ou eixo de atuação e, sempre que necessário, a recomposição das ações afirmativas.

12. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

A inscrição implica conhecimento e aceitação das regras deste edital.

A inexatidão das informações prestadas ou a apresentação de documentação falsa poderá resultar na eliminação do processo seletivo ou no desligamento do projeto, sem prejuízo das demais medidas cabíveis.

Os casos omissos serão analisados pela Secretaria Municipal de Saúde de Mauá e, quando relacionados aos Orientadores de Serviço ou à execução conjunta do projeto, em articulação com a Universidade Nove de Julho – UNINOVE.

O processo seletivo observará as disposições do Edital nº 23/2026 do Ministério da Saúde, as normas que regem o Programa PET-Saúde e o Plano de Ações Afirmativas do projeto.



ANEXO I

MODELO DE AUTODECLARAÇÃO RACIAL

Eu, _____ (nome do/a
candidato/a), portador da CIN/ CPF nº _____, declaro ser: () Preto () Pardo

Para fins de ocupar vaga reservada para pessoa negra. Declaro ainda, estar ciente de que:

- 1) As vagas reservadas destinam-se às pessoas que apresentem características fenotípicas de pessoa negra que assim sejam socialmente reconhecidas, não sendo suficiente minha identificação pessoal e subjetiva apenas;
- 2) As informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, podendo eu responder legalmente no caso de falsidade das referidas informações, a qualquer momento, o que acarretará a minha eliminação do processo, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.
- 3) Se for detectada a falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades legais, inclusive de eliminação desta vaga, em qualquer fase, e de anulação de minha contratação após procedimento administrativo regular, em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

_____, ____ de ____ de ____.
(cidade/UF) (dia) (mês) (ano)

(Assinatura do/a candidato/a)



ANEXO II

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____ (nome do/a candidato/a), portador da CIN/ CPF nº _____, para fins de ocupar vaga reservada, declaro ser pessoa com deficiência de natureza:

- ☐ Deficiência física
- ☐ Deficiência Visual: baixa-visão
- ☐ Deficiência Visual: ☐ cegueira ☐ Visão monocular
- ☐ Deficiência Mental/Intelectual
- ☐ Deficiências Múltiplas
- ☐ Deficiência Auditiva
- ☐ Surdez (usuário da LIBRAS)
- ☐ Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Declaro estar ciente de que:

- 1) Esse termo está de acordo com o documento de avaliação biopsicossocial ou relatório médico devidamente anexado a essa declaração.
- 2) As informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, podendo eu responder legalmente no caso de falsidade das referidas informações, a qualquer momento, o que acarretará a minha eliminação do processo, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.
- 3) Se for detectada a falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades legais, inclusive de eliminação desta vaga, em qualquer fase, e de anulação de minha contratação após procedimento administrativo regular, em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

_____, ____ de ____ de ____.

(cidade/UF) (dia) (mês) (ano)

(Assinatura do/a candidato/a)



ANEXO III

MODELO DE AUTODECLARAÇÃO POR ESCRITO

**AUTODECLARAÇÃO DE IDENTIDADE DE GÊNERO: TRAVESTI, MULHER OU HOMEM TRANS,
TRANSMASCULINO OU PESSOA NÃO BINÁRIA**

Eu, _____, CIN/CPF _____,
declaro que sou uma pessoa trans de identidade _____ (travesti, mulher ou
homem trans, transmasculino ou pessoa não binária), que atendo aos pronomes _____, com o
fim específico de atender aos critérios estipulados para esta vaga reservada.

Declaro ainda estar ciente que, se for detectada falsidade na declaração, estarei sujeita/o/e a minha eliminação
do processo, e às penalidades previstas em lei. Afirmo ainda que o nome utilizado no preenchimento acima e
na ficha de inscrição é aquele que deve ser utilizado, mesmo que seja distinto de meu registro civil, vedando o
uso de outra forma de identificação.

_____, _____ de _____ de _____.
(cidade/UF) (dia) (mês) (ano)

(Assinatura do/a/e candidato/a/e)



ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO

As lideranças comunitárias abaixo identificadas, do Quilombo _____ (nome do Quilombo), DECLARAM que _____ (nome completo), CIN/CPF nº _____, é quilombola pertencente ao Quilombo _____ (nome do quilombo ao qual pertence), cuja respectiva comunidade está localizada no município de _____, Estado _____, para fins de ocupar vaga reservada para pessoa quilombola. Declaram ainda, que são lideranças reconhecidas da comunidade quilombola onde reside o estudante quilombola mencionado acima.

Por ser expressão da verdade, firmamos e datamos a presente declaração

LIDERANÇA 1

Nome completo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 2

Nome completo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 3

Nome completo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

_____, _____ de _____ de _____.
(cidade/UF) (dia) (mês) (ano)

(Assinatura do/a candidato/a)



ANEXO V

DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO INDÍGENA

As lideranças indígenas abaixo identificadas, da comunidade/aldeia _____ (nome da comunidade ou aldeia), DECLARAM que _____ (nome completo), CIN/CPF nº _____, é indígena pertencente ao povo/etnia _____, integrante da comunidade/aldeia _____, localizada no município de _____, Estado _____,

para fins de ocupar vaga reservada para pessoa indígena.

Declaram, ainda, que são lideranças reconhecidas da comunidade indígena à qual pertence o/a candidato/a mencionado/a acima.

Por ser expressão da verdade, firmamos e datamos a presente declaração.

LIDERANÇA 1

Nome completo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 2

Nome completo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

LIDERANÇA 3

Nome completo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

_____, ____ de _____ de _____.
(cidade/UF) (dia) (mês) (ano)

(Assinatura do/a candidato/a)